

# Fragebogen für unsere neuen Patienten



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern und Angehörige,

um alle wichtigen Informationen zur Krankheitsvorgeschichte möglichst lückenlos zu erfassen, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen kurz aber vollständig zu beantworten (natürlich freiwillig).

Name  Vorname  Telefon

## Ihre jetzigen Beschwerden/ Krankheitserscheinungen (bitte ankreuzen und ausfüllen)

Haben Sie Husten? nein  ja  seit

Haben Sie Auswurf? nein  ja  Farbe

Reflux nein  ja

Nachtschweiß nein  ja  Nasennebenhöhlenbeschwerden nein  ja

Besteht Atemnot? nein  ja  seit

nur bei körperl. Belastung  nachts

Leiden Sie unter Müdigkeit: nein  ja  zunehmend  sehr wechselnd

starkes Schnarchen  Atemaussetzer

Sonstige Beschwerden:

Rauchen: Nichtraucher  seit

Raucher  Anzahl Zigaretten im Durchschnitt pro Tag

Erlerner Beruf:  Ausgeübter Beruf:

Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen:

Sind Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

In meiner Familie treten gehäuft folgende Erkrankungen auf:

Hausarzt/überweisender Arzt:

Ich war bereits in lungenfachärztlicher Behandlung:

nein  ja, bei Dr.  Jahr

Ich möchte, dass mein Hausarzt/überweisender Arzt einen Bericht bekommt ja  nein

Die Praxis darf mich bei Bedarf kontaktieren ja  nein

Die Praxis darf mich bei Bedarf an Termine erinnern ja  nein

Bitte unbedingt Ihre Unterschrift für die Einwilligung:

Falls Sie keinen Medikamentenplan mitgebracht haben, bitte Medikamente auf der Rückseite eintragen



